CENTRO PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD YAUCO PUERTO RICO

TELS: 856-1375

856-2929

23 de julio de 1991

Personal Supervisor Home Care Dr. Pila Ponce - Puerto Rico -

Señores:

La señora Ana Aurea Irizarry Figueroa trabajó por treinta (30) años como Enfermera Graduada y fue también Supervisora de Enfermeras en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Yauco. Por necesidad de los servicios concluye sus últimos años como Enfermera Obstétra.

Cabe señalar que la señora Irizarry se distinguío por su gran responsabilidad, iniciativa y capacidad en las áreas de trabajo.

Resumiendo a la luz de la experiencia con la señora Irizarry a través de los años compartidos, puede définirse como muy receptiva, desarrobló destrezas que le permitieron desempeñar las tareas con gran eficiencia.

Sin otro particular, quedo

Cordialmente,

Sra. Ruth M. Pellicier Torres

Supervisora de Enfermeras Interina

Buth m Pellew Tons

CMS Yauco - Puerto Rico -

Case:17-03283-LTS Doc#:12819-1 Filed:04/14/20 Entered:04/15/20 16:13:05 Desc: P-15 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 1 Número del Combio

Modelo OP-15 Rev. 12 Feb. 70

IMPORTANTE INSTRUCCIONES:-LEA AL DORSO

OFICINA DE PERSONAL

1. Número del Cambio

2. Número del Empleado

INFORME DE CAMBIO

- LETT TE BORBO	Ante	s del (Cambio) 景電	Mide i	937	Despu	iés del Cambio			
Núm. Cambio a Efectuarse		Puesto Nú	m. 33	19				Puesto Núm			
3. Nombre del Empleado	1	Ann. As	Indo	120000	179.0	ON DATA STRAIN	X				
4. Título de Clasificación		Cofferen	era l	11.	N. ASSE	Season co.					
5. Departamento o Agencia		Other Pa	ice i	62 T a	de	Salu	l				
6. División		1000014	100 c	0.34	Lind						
7. Unidad o Sección		JAMP	ALM		Op. i	ALT	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				
8. Direction (del Trabajo)		THE MARK	m.im	tith Col	MAL.	LULION	À				
9. Dirección (Postal)											
10. Estado Civil											
11. Clase de Nombramiento		*************									
12. Sueldo			NOV								
15. Descuento para Retiro											
14. Descuento para Ahorro	••••••			•••••							
15. Descuento para Seguro			•••••						••••••		
16. Descuento por Préstamos	T				•••••	********			••••••		
17. Descuento por Contribución sobre	ingresos		*******				•••••	+			
18. Cuota para la Cruz Azul	•••••			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		•••••••	••••••		••••••		
20. Obvenciones			,								
21. Fecha de Efectividad				•••••		•••••	••••••		•••••••		
22. Indique si se trata de:			*******				************	4	***************************************		
	raslado	. г	7 B								
		, , _		escenso)	ليا	Cambio	de Status	Reasignación		
23. En caso de traslado a otra agencia- Por Enfermedad	-Licencia	que debe a	credit	arse:			D-	37			
2 of Differmedau.	T				T		Pa	ra vacacione	sdías		
	1	imo Día de						oncedida	Fecha de Separación (Ultimo día de pago)		
24. Renuncia		;						The second second			
25. Separación en Período Probatorio											
20. Destitución					1						
27. Cesantía											
28. Muerte			U	ltimo c	lía						
Fecha	Hora			le page):				Sí No		
	Duración			18					M		
20 71	Duración							A			
04 71	Duración		Contract Contract					A			
00 71	Duración				Α			A	-4,		
00 T	Duración							A			
9 All D -! 1 1											
35. Comentarios y Explicaciones (Si ne	cesita má	s espacio u	se el d	orso)	Win	stale	ción d	to Talegne	ta con suctdo sava		
management are a constitution	THU CO	47174									
36. En caso de cambio de puesto indiqu	ue:					4.	Ev	amen sin Ope	ogialán: —		
Seleccionado de Terna Núm							LIA	amen sin Opt	Distriction		
Autorización Núm.	Nombre o	del anterio	r incur	nbente							
37. Si el cambio es por traslado, el jefe	de la ager	icia donde	de ori-		28 F	irma da	l omenles	A	- 1 1 1 1 1 1		
gine el traslado o su representante a	utorizado	firma aqu	00	1	d	escenso	v cambi	o de puesto	e traslado o cambio de nombre dentro de servicios		
Local - 10	00/	Con co	-				osición		Oposición Exento		
39. Aprobado por	1/4				0086	g. F			Exemo		
and in the same of	iouxero	-Osloba	b/概算		io la		224 d	lo julio i	do 1979		
Jefe de la Agencia o su Rep	presentante	Autorizado				Fecha.					
				TA OF							
40. Aprobado por:	11 A1	Toulsto ma		LA OF	ICINA	DE PER	RSONAL	SOLAMENTE			
1/2./	41.	Tarjeta pe	riorad	a				42. Inscrito			
FAUG - 2 1979 //		Por:						Por:			
43. Antes del Cambio SIMBOLO	OS DE CON	TABILIDA	D	44 D	enué	del Car	mbic	101.			
UFIGINA DEPET ONAL AND		- IIII		17. 10		4.5	111010				
A dis diseased a little Land Asig-				•							
DEPARTAMENTO DE SAL DO. Asignación	Objeto A	.F. Fondo	Agen-	Div.	Sub Div.	Asig-	Objeto				
	-1-12	.F. Fondo	Agen- cia	Div.	Sub Div.	Asig- nación	Objeto	I	DEJESE EN BLANCO		
	Objeto A	.F. Fondo		Div.			Objeto	Î	DEJESE EN BLANCO		

Case:17-03283-LTS Doc#:12819-1 Filed:04/14/20 Entered:04/15/20 16:13:05 De

Especial

ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD Area de Personal

	* *	INFORME DE CAMBIO REGION _	SUR SUR	F-2927	UR
NOMBRE	DEL EMPLEADO:	Ana A. Irizarry	Figueroa		. T.S
NUMERO	DE SEGURO SOCI	IAL:			
TITULO	DE CLASIFICACI	ION: Enfermera II	II .		

De acuerdo al deslinde de recursos de personal entre el Departamento de Saluc y la Administración de Facilidades y Servicios de Salud, según disposiciones de la Ley número 26 del 13 de noviembre de 1975, según enmendada, informamos los siguientes cambics efectivo al 1ro de julio de 1980.

	ANTES DEL CAMBIO	DESPUES DEL CAMBIO
NUMERO DE PUESTO	1119	D-0767
PRESUPUESTO ALMINISTRATIVO	402	402
CIFRA DE CUENTA	80-111-09-04-82-01	81-111-09-04-81
PROGRAMA, DIVISION, SECCION Y DIRECCION DE TRABAJO	Hospital Municipal Yauco	Nivel Primario - C.D.T. Yauco

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado en virtud de la Sección 5.10 Reglamento de Personal, Administración de Facilidades y Servicios de Salud, efectivo al 1ro de julio de 1980.

SUELDO MENSUAL

<u>A</u>	NIES DEL CAMBIO	APR 00 100	DESPUES DEL CAMBIO	
	\$695.00	MAY STATE &	\$720.00	
COMENIARIOS:		OFICINA DE PERMAL DEPARTAMENTO DE MAL		
		REGION SUR "		
22 do mo	do 1000	One of the	1 Special de Proposition	
23 de ma	yo de 1980 Fecha	Firma de	al E. Roubert-Oficial de Personal e la Autoridad Nominadora o su	
			epresentante Autorizado	

Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE SALUD Administración de Facilidades y Servicios de Salud Area de Personal

AP-15 Especial	REGION SEE
NOMBRE: AGS A. Spiesty Fig.	INFORME DE CAMBIO (AP-15) # 2-516
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	
según enmendada, Ley de Retr	te cambio en el sueldo de este empleado en virtud de lo 7.2 de la Ley Número 89 de 12 de julio de 1979, cibación Uniforme. El aumento se concede por haber de servicios satisfactorios en forma ininterrumpida cibido ningún aumento de sueldo excepto los otorgados el cambio es efectivo al
	•
	ANTES DEL CAMBIO DESPUES DEL CAMBIO
T ítul o de Clasificación	Enformero exi
Sueldo Mensual	9729.90 9749.99
Diferencial	
<u>Cotal</u>	
COMENTARIOS:	
	1 00 11 1
17 de dicimbre de 1984	Cristing B. Booker-Pleine Percocal B
FECHA	Firma de la Autoridad Nominadora o su Representante Autorizado

OFICINA DE PERSONAL DEPARTAMENTO DE SALUD REGION SUR

Case:17-03283-LTS Doc#:12819-1 Filed:04/14/20 Entered:04/15/20 16:13:05 Desc: Exhibit Page 5 of 8

Escado Libra Asociado de Puerto Rico Departamento de Salud ADMINISTRACION DE FACTIDADES Y SERVICIOS DE SALUD Región de Salud Sur Oficina de Personal Regional

HOTIFICACION OF ENHIENDA

Fecha:	LF	do	diciembre	da	1,984	
_						

ireste Tak de	Porocuo:		200					٠.
				ν:				
				10	10 gr			
				2	REFERENCIA:			ŭ.
	8				Formulario:	AP-15	Especial	7-628
					Empleado:	OR 400 F 100	CONTRACT OF	PRIME
cicado	Licenciado	Milionam e			Seguro Social Región: Salu	: 717		

Mediante esca comunicación estamos enmendando el formulario de referencia según se decalla a concinuación:

Smaldo menguni lage

Antes del Cambio 6740.00

AP-15 Especial 2-2305:

9770.00

Despites del Carbin

3770,00

4877.00

AP-15 Repostel 2-154;

STER. Angle Horn

Cordialmenge,

941cial de Personal Región Salud Sur

CERTIFICATION

Modelo 10/8 Case: 17-03283-LTS

IMPORTANTE · INSTRUCCIONES: LEA AL DORSO

Doc#:12819-1 Department of Salud "Entered:04/L5/20 16:13:05 Desc: MINISTRACION OF BACILIPAGE Y SERVICIOS DE UD 1a. Región u Hospital

ion a trospita	Č
lud Eur	_

INFORME	DE	CA	MB	10
---------	----	----	----	----

2. Número de Seguro Social del Empleado

	1									l					
Cambio a Efectuarse				A	ntes d	el Cam	bio _{(Cree}	s. 402	1		Des	oués de	l Camb	io	
3. Nombre del Empleado						THE WISHINGS									
4. Puesto Núm.		0-0757													
5. Título de Clasificación				mera	771				E	£exra	51.51	ar c	in the last	trica	
6. Programa			birmel	171	rand	ي ا									
7. Departamento			/												
8. Facilidad			Contr	a Di	ean.	v T	rature	lento							
9. Ubicación Geográfica del Puesto			Vanco		.,,	J			7						
10. Estado Civil															
11. Categoría del Empleado			De Ce	E N COP	B										
12. Status del Empleado			Reservib												
13. a. Sueldo Mens.			EORR.						1		·				
b. Diferencial															
Total			5932.	nn					_						
14. Descuento para Contribución sobre	Ingresos		- 1-10-00 EV												
15. Descuento para Seguro Social									+						
16. Descuento para Aportación Sistema	de Retiro		4.39						+-						
17. Descuento para Servicios Médicos			40.75				···		+						
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. I	L. A.)	$\neg +$							+						
19. Descuento para Seguros(A. E. E. L.									-						
20. Obvenciones	/														
21. Otros Descuentos							•		-						
		-+							+						
22. Fecha de Efectividad	***************************************								+	0 - 4	9.4	D	- C- C1-00		
The state of the s									1 6	de ji	slio	ae 1			
025030400006056000011	1100	A. F	. Fondo	Agen- cia	Div.	Sub. Div.	Asig- nación	Objeto	A.F.	Fondo	Agen-	Div.	Sub- Div.	Asig- nación	Objeto
23. SIMBOLOS DE CONTABILIDA		88	131	09	03	DIV.					cia		DIV.	nacion	
34 7 1		<u> </u>				~**	13		ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ		<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>	لبيبا
	_	L	_ Cambio		•] Cambi	o de St	atus		Ascens	so o tra	slado Tra	ansitorio
Descenso Reclasificación		instal			icació	n 🗀	Traslad	<u>. </u>	Nuevo	Nombr	amient	ه ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	Aum	ento de l	Sueldo
25. En caso de cambio a otra agencia inc	dique — Li	cen cia	a acredita	rse:	Co	mpensa	torio	días.							
Licencia Enfermedaddías,	Conce	dida_	días	, .	·Lice	ncia Re	gular	días,		Co	ncedid	a	días		
	Ul	timo l	Día de Tra	haio		Lia	on oin Dro	viamente		4:4.	Parks	de Efe		de le Co	noro sioʻn
26. Renuncia						Lic	encia Fre	viamente	Conce	dida	recna	de Elec	TIVIDEO	de la se	paración
27. Separación															
28. Destitución															
29. Cesantía							<u> </u>								
30. Suspensión de Empleo y Sueldo:	Duración:			De					A						
31. Muerte:			Ü	Iltimo	día							Par	ticipan	te de Re	tiro
Fecha	Hora			de pag	0:]sí	□ No	
32. Clase de Licencia:	ara estudio)] Espe	cial cor	paga				Ma	ternida	d		
					Milit	ar sin S	ueldo			ĺ	Sin	Sueldo)		
Duración:	DE						A								
33. Comentarios y Explicaciones (si nec	esita más e	spacio	use el do	rso) i	OFICE	tall.	eech fu	1 49 1	nord.	OPEN	morts	cantro	3019	20 20	ort Han
del 8 de julio do 1987	del Se	13230	tario e	10 8	21124	v n	recen	m Ga	TA S	PART.	11:000	7 44 4	er Te	THE CONT	ALC:
Mora.	3,041 41.				11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	7		AT CARD	450 /07	ar e-range à	240	41544	A) 46	Merce	
34. Si el cambio de puesto es por Certif	icación de l	Flegih	les indique	· Cort	ificdai	án do E	lasibles i	N7.		·······					
Si el cambio es a otro puesto, indiqu	ie eleanh	e dole	Safarior id	oumbo	III IGACI	on de E	legibles	Num.							
35. Si el cambio es a otra agencia el jere	organion	o ugi	ndo so del	rino ~1		******					······································				
cambio osu representante autorizad	o firmara a	iji uj;÷	naosojonj	STILE EL		36. Fir	ma del er	npleado	en caso	s que fu	ere nec	esario			
22 10 10 10 10 10		X Xin		27		[Tê	mm	m m							
37. Aprobado por serios	E. Roylo	ort.	, J.D.	O£.	ic.	Feetle	rm	w m	数期	Block	व्यक्त	de 1	987		
Jefe de la Agente) izode	7881 A	* **			т. год	Q9 - 3		4			
Revisado o Aprobado por:						Fecha:	FUG	1 23 19	187						
////	M								• •						•
CER/man/vls						- 444	UTIA T	NTO A	RAM	AD-				***************************************	
Company of A miles						DEP	ARTAME	NTO D	F DAI	112) 14)(P					
							BEA	ion su	l oal.	e) 3H					
							- 1 A-1 (1)	eri off	3						

Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE SALUD Administración de Facilidades y Servicios de Salud Area de Personal

600

AP-15 Especial	REGION SUR	
	INFORME DE	CAMBIO (AP-15) # p-263
NOMBRE: A. Refracty Fi	igueros	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	-	
Se notifica el siguient lo establecido en el Artículo según enmendada, Ley de Retri transcurrido cinco (5) años o sin que el empleado haya reci por disposiciones de ley. El	o /.2 de la " ey Número 89 ibución Uniforme. El aume de servícios satisfactorio ibido ningún aumento de au	ento se concede por haber os en forma ininterrumpida,
	. •	
	ANTES DEL CAMBIO	DESPUES DEL CAMBIO
Titulo de Clasificación	Pofessera III-Obstat	T9
Sueldo Mensual	8 632 (30	\$982,00
Diferencial	·	440
<u>Total</u>	8 932. 60	\$982.74
COMENTARIOS:		
12 de revienbre de 1957		housert-blicial de Fersanal
FECHA	Firma de la	Autoridad Nominadora o
CER/ltm/dt	sa Represence APRO	nre Autorizado
	NOV 17	
	OFICINA DE DEPARTAMENT BEGION	O DE BALUD

Formulario 480a76 :17-03283-LTS GODE	BNO DEL DEKTO BITO - COARBANTE	MANTENERO RICONTERE	1:04/15/20 16:13:05	Desc:
Rev. 07, 19 DECLARA	ACIÓN INFORMATIVA - PLANES DE R RMATIVE RETURN - RETIREMENT PLA	ETIRO Y ANUALIDADES		F1585317888
AND CONTRIBUTIVO:	Enmendado - Amended: (de Radicación Electrónica onfirmation Number
INFORMACION DEL PAGADOR - PAYER'S INFORMATION	INFORMACIÓN DE QUIEN RECI	BE EL PAGO - PAYEES INFORMATI	ON INFORMACIÓN DEL PLAI	N-PLAN'S INFORMATION
Núm. de Identificación Patronal - Employer Identification No	I I Residente d' No Residente Chr	asiliado - Seleci une box dadano de EU No Residente Extra: XIZEN Norresident Alen	Núm. de Identificación Patron 66-0433481	al - Employer Identification No.
66-0433481	Respont L Novrescent U.S. C. Núm, de Identificación - Id		Nombre del Plan - Name of	Plan
Nombre - Name				· E SISTEMAS DE RETIRO
ADMINISTRACION DE SISTEMAS DE RETIF	Nombre - Name			el plan - Plan sponsor's name
Dirección - Address	ANA IRIZARRY FI	GUEROA	1	E SISTEMAS DE RETIRO
DO	Dirección - Address		Fechs en que comenzó a re	ecibir la pensión:
PO BOX 42003 SAN JUAN PR 00940-2003	URB BARINAS D12 CALLE 3		Date on which you started to	receive the pension:
	YAUCO PR 00698-4	4707	Dia/Day 1 Mes/Mont	h 1 Afio/Year 1991
Código Postal - Zip Coda	At	Código Postal - Zip Coda		
Forma de Distribución: - Form of Distribution:	Marque el encasillado correspond		dad: - Plan or Annully Type:	
☐ Total ☐ Parcial ※ Pagos Periòdi	cos 🗵 Gubernamental 🔲		Calificado Amualidad Fila	Anualidad Variable
Lump Sum Partial Periodic Payme	ents Governmental	-	Qualified Fixed Annuity	Variable Annuity
Descripción - Description	Cantidad - Amount		Distribuciones - Distributions	
Aportación Via Transferencia Rollover Contribution		16. Cantidad Distribuida Amount Distributed		10,000,00
Distribución Via Transferencia Rollovér Distribution		17. Cantidad Tributable		10,890.96
3. Costo de la Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annully		Taxable Amount		10,590.96
4. Fondo de Retiro Gubernamental	11,319.00	18. Cantidad sobre la c bajo las Secciones 102	ual se Pagó por Adelantado 3.21, 1981.01(b)(9) o 1012D(b)(5) - Prepayment was Made under	
Governmental Retirement Fund 5. Contribución Retenida sobre Pagos Periódicos de F	0.00	Sections 1023.21, 1081.0	01(b)(9) or 1012D(b)(5)	
Calificados o Gubernamentales - Tax Withheld from Pe Payments of Qualified or Governmental Plans	eriodic 0.00	19. Aportaciones Volunta After-Tax Contributions	rias	0.00
 Contribución Retenida sobre una Distribución Total Tax Withheld from Lump Sum Distributions (20%) 	(20%)	20. Ingresos Exentos		0,00
 Contribución Retenida sobre una Distribución Total Tax Wilhheld from Lump Sum Distributions (10%) 	(10%)	Exempl income	zón de un Desastre Declarado	300.00
 Contribución Retenida sobre Distribuciones de P No Calificados - Tax Withheld from Distributions o Qualified Plans 	f Non	por el Gobernador de	Puerto Rico - Distributions for clared by the Governor of Puerto	
 Contribución Retenida sobre Otras Distribucione Planes Calificados (10%) - Tax Withheld from (Distributions of Qualified Plans (10%) 	es de Other	A. Exentas Exempt	······································	0.00
10. Contribución Retenida sobre Anualidades Tax Withheld from Annuilles		B. Tributables Taxable		0.00
11.Contribución Retenida sobre Transferencia d Plan Calificado a una Cuenta de Retiro Individu: Deducible - Tax Wilhheld from Rollover of a Qua	al No	C. Cantidad sobre la Amount over which	cual se Pagó por Adelantedo a Prepayment was Made	0.00
Plan to a Non Deductible Individual Retirement Ac 12 Contribución Retenida sobre Distribuciones Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro (dal	D. Aportaciones Volum After-Tax Contribution		0.00
Tax Withheld from Distributions of the Retirement Sa Account Program (10%)	vings	E. Total (Suma lineas : Total (Add lines 21A t		0.00
13. Contribución Retenida sobre Transferencia Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro a Ct de Retiro Individual No Deducible (10%) - Tax Will from Rollover of the Retirement Savings Account Pro to a Non Deductible Individual Retirement Account (10)	ienta iheld	Razón de un Desastre de Puerto Rico - Incor	da sobre Distribuciones por Declarado por el Gobernador ne Tax Withheld on Distributions er Declared by the Governor of	0.00
4. Contribución Retenida sobre Distribuciones a Residentes - Tax Withheld from Nonresident's Distribu	No Itions	23. Código de Distribució Distribution Code	òn	A
5. Contribución Retenida sobre Otras Distribucio Tax Withheld from Other Distributions	Pnes	Razones para el Cambio Reasons for the Change	•	
	Número de Control	11	Número de Control de la Declarac	ión informativa Original
ccount Number 582944302	Control Number	[i	Control Number of Original Inform	alive Return